

# Anamnesebogen

Liebe Patientin,  
um so gut wie möglich über Ihre Vorgeschichte und ggf. auch Probleme und Beschwerden informiert zu sein, würden wir Sie bitten, diesen Bogen genau zu lesen und auszufüllen. So haben wir die Möglichkeit, Sie optimal beraten und behandeln zu können. Vielen Dank!

## Bitte bringen Sie auch Ihren Impfpass mit!

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

Versicherung:  gesetzlich  privat

E-Mail: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Allergien: \_\_\_\_\_

Medikamente: \_\_\_\_\_

Aktuelle Verhütung: \_\_\_\_\_

Nikotin:  ja (wie viel: \_\_\_ Zig./Tag)  nein

Alkohol:  nie  gelegentlich  regelmäßig

Operationen: \_\_\_\_\_

## Familienanamnese

Besonderheiten in der Familie: \_\_\_\_\_

genetische Erkrankungen: \_\_\_\_\_

## Allgemeine Erkrankungen

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Schilddrüse         | <input type="checkbox"/> Asthma / Lungenerkrankung      |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck       | <input type="checkbox"/> Herzerkrankung                 |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus   | <input type="checkbox"/> Krebs / Karzinom               |
| <input type="checkbox"/> Krampfadern         | <input type="checkbox"/> Epilepsie                      |
| <input type="checkbox"/> Thrombose / Embolie | <input type="checkbox"/> psych. Erkrankung / Depression |
| <input type="checkbox"/> sonstige: _____     | <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung          |

## Gynäkologische Anamnese

Alter b.1 Periode: \_\_\_\_\_ Letzte Periode: \_\_\_\_\_

Rhythmus der Periode (z.B. 28 Tage): \_\_\_\_\_

Blutungsdauer: \_\_\_\_\_ Tage      Zwischenblutungen:  ja       nein

Schmerzen während der Periode:  keine     leichte     mittlere     starke

gynäkologische Operationen: \_\_\_\_\_

letzte Mammographie (Röntgenaufnahme von der Brust): \_\_\_\_\_

Letzte Koloskopie (Darmspiegelung): \_\_\_\_\_

ungewollter Urinverlust:  ja     nein      ungewollter Stuhlverlust:  ja     nein

## Geburtshilfliche Anamnese

Schwangerschaften: \_\_\_\_\_ Fehlgeburten: \_\_\_\_\_

Kinder / Geburtsdatum / Geschlecht: \_\_\_\_\_

Besonderheiten bei Geburt(en): \_\_\_\_\_

**Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben.**

**Ihr GynTeam West**